



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
GRADO EN ENFERMERÍA

***INTERVENCIONES ENFERMERAS DIRIGIDAS A
LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN
ATENCIÓN PRIMARIA***

***NURSING INTERVENTIONS FOR CARDIOVASCULAR
DISEASE PREVENTION IN PRIMARY CARE***

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
TRABAJO DE FIN DE GRADO
Mayo, 2018

Autora: Julia de la Cruz Ortiz
Tutora: Carmen Martín Salinas

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
Justificación	18
HIPÓTESIS	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
METODOLOGÍA	21
Diseño del estudio:	21
Tamaño de muestra	21
Variables del estudio:	22
Herramientas del estudio	25
Recogida de datos	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	29
DISCUSIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	31
Agradecimientos	35
ANEXOS	36
Anexo 1. Consentimiento informado	37
Hoja de Información al Participante	38
Formulario de Consentimiento Informado	41
Anexo 2. Cuestionario para la valoración de las intervenciones enfermeras en prevención primaria cardiovascular	42
Anexo 3. Cuestionario para la valoración de las dificultades percibidas	46
Anexo 4. Formulario de variables sociodemográficas y laborales	48

RESUMEN

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestra sociedad, así como, la primera causa de invalidez y disminución de la calidad de vida. Afecta a los ciudadanos que lo padecen y también a sus familias, con un gran impacto social y económico. Desde un punto de vista de salud pública, la morbilidad que supone, deriva de unos determinantes de salud comunes asociados a los estilos de vida, sobre los que se puede actuar en prevención primaria y secundaria. El principal objetivo de este estudio es determinar las intervenciones enfermeras dirigidas a la prevención cardiovascular en el ámbito de la Atención Primaria de la CAM.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, de carácter observacional, cuyo ámbito de intervención se situará en las consultas de enfermería de los centros de Atención Primaria de la zona Norte de la Comunidad de Madrid. La población diana del estudio la conforman los enfermeros/as asignados al programa de cuidados de la persona adulta, estos serán reclutados utilizando un método teórico de muestreo no probabilístico, forma de conveniencia. Se elabora un cuestionario auto-cumplimentable como herramienta fundamental de la recogida de datos para evaluar qué actividades se realizan más frecuentemente por los profesionales de enfermería, cuáles son las intervenciones sobre las que se tienen conocimientos insuficientes y bajos índices de ejecución y qué obstáculos son percibidos en este caso.

Conclusiones

Destacar la relevancia de este proyecto para poder elaborar futuras líneas de intervención en formación y mejorar la asistencia sanitaria en promoción de la salud y prevención primaria.

Palabras clave: Enfermería, Enfermería Comunitaria, Atención Primaria, Enfermedad Cardiovascular, Prevención Primaria, Intervenciones enfermeras, Investigación en Evaluación de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction

Cardiovascular disease is the leading cause of death in our society, as well as, the first cause of disability and decreased quality of life. It affects citizens who suffer it, their families and it also has a great social and economic impact. From a public health point of view, the morbidity and mortality derive from common health determinants associated with lifestyles, on which we can work on through primary and secondary prevention. The primary aim of this study is to determine the nursing interventions focused on cardiovascular prevention in Community of Madrid's Primary care.

Methodology

It is an observational, descriptive cross-sectional study, whose place of intervention is located in the nursing consultations of the Primary Care Centers of the Northern area of the Community of Madrid. The target population of the study is formed by the nurses assigned to the adult care program, they are selected using a non-probabilistic method, convenience sampling. A self-administered questionnaire is the main data collection method used to evaluate which activities are carried out most frequently by the nursing professionals, the interventions for which the knowledge is insufficient and the rates of realization are low and which are the perceived obstacles in this case.

Conclusions

Emphasizing the relevance of this project in order to carry out future formative interventions and improve the healthcare in health promotion and primary prevention.

Keywords: Nursing, Community Nursing, Primary Care, Cardiovascular Disease, Primary Prevention, Nursing Interventions, Nursing Evaluation Research.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestra sociedad, así como, la primera causa de invalidez y disminución de la calidad de vida (1). Repercute, no solo en los ciudadanos afectados, sino también en los miembros de su familia y en el entorno profesional debido al gran impacto sociolaboral que ocasiona. Además, se acompaña de un enorme gasto sanitario para el Sistema Nacional de Salud (SNS), junto a las considerables pérdidas de productividad laboral. Han sido descritas como la nueva epidemia del siglo XXI debido a las complicaciones crónicas que conllevan.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la primera causa de muerte en el conjunto de la población española, provocando en 2016 aproximadamente el 30% de las muertes en España, con una tasa de mortalidad de 257,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes (2). Estudios poblacionales de ámbito nacional concuerdan en que la incidencia de mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular han disminuido en las últimas décadas. No obstante, al igual que en el resto de países europeos, siguen ocupando el primer puesto por causa de muerte y de discapacidad (3).

Las ECV comprenden la enfermedad cerebrovascular o ictus, la enfermedad vascular periférica y la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, siendo esta última, la más relevante de las tres, por su elevada frecuencia y mortalidad. Incluye el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho. La causa más común a todas las presentaciones de ECV es la aterosclerosis que provoca una disminución de la perfusión sanguínea al músculo cardíaco y da origen a la cardiopatía isquémica. Cuando dicho fenómeno afecta a las arterias cerebrales, da lugar al accidente cerebrovascular (4) (5).

Epidemiológicamente, se sostenía que las ECV eran superlativas en los países occidentales e industrializados. No obstante, su frecuencia se está intensificando en los países en vías de desarrollo, de tal forma que, actualmente, tres cuartas partes de las muertes por ECV se sitúan en países con ingresos bajos y medios (5). En esencia, las enfermedades cardiovasculares cada vez hacen una menor distinción por sexo, edad y localización geográfica.

Según datos de la OMS de 2012, el 31% de las muertes registradas en el mundo corresponden a la ECV, lo que supone 17,5 millones de personas. De estos, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los accidentes cerebrovasculares (ACV) (5).

En nuestro entorno el panorama es aún más alarmante. Se estima que, en Europa, se producen cada año 4 millones de fallecimientos por ECV, lo que representa el 47% del total de las muertes. Si nos referimos a los países de la UE la cifra de muertes alcanza los 1,9 millones, el 40% del total de fallecimientos (6). No obstante, Francia, Portugal, Países Bajos y España, tienen una mortalidad un 50% inferior por cardiopatía isquémica a la media de la UE (Figura 1).

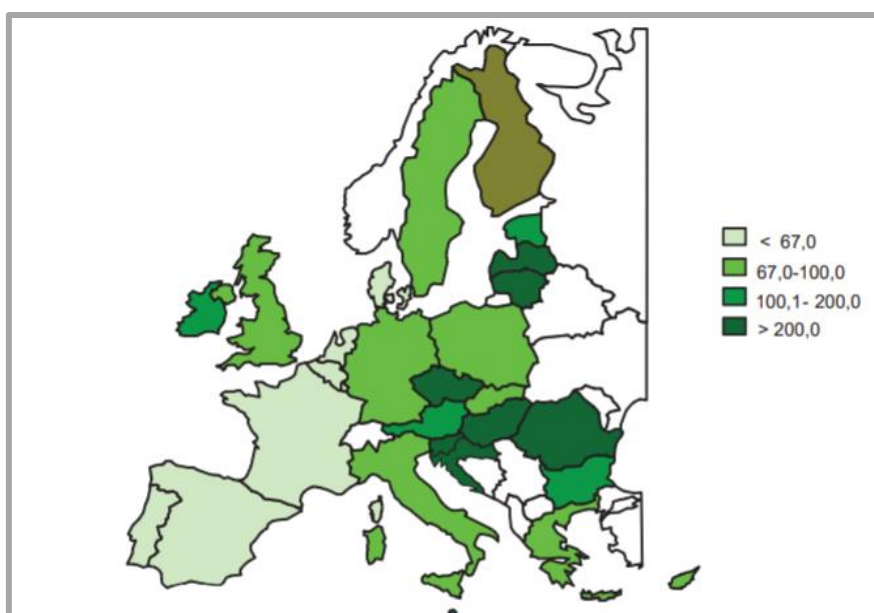


Figura 1. Índice de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. Países de la UE. 2014 base 100: media UE (6).

En cuanto a la tendencia temporal, las tasas de mortalidad por ECV han disminuido en las últimas cuatro décadas en los países desarrollados. No obstante, la cardiopatía isquémica sigue suponiendo un tercio de todas las muertes de sujetos de edad > 35 años (7) con un gasto anual de 210 billones de euros en la Unión Europea (Figura 2).

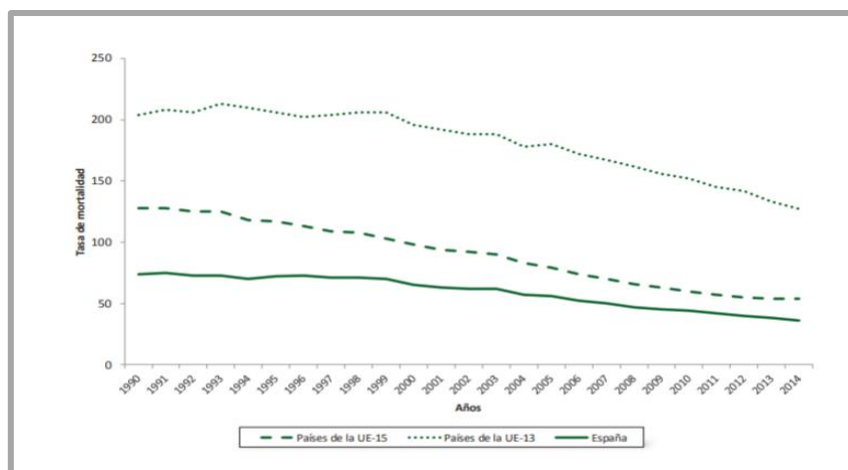


Figura 2. Evolución de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad isquémica del corazón en la UE y en España, 1990-2014 (6).

En relación con la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en los países de la UE, el continuo descenso observado a lo largo del siglo XX ha continuado en el presente siglo, aunque existen variaciones entre países. Francia es el país con una menor mortalidad (48% menos que la media de la UE en 2014), frente a Bulgaria que tiene la mortalidad más alta (360% mayor que la media de la UE). España se encuentra entre los países con una mortalidad relativamente baja por enfermedad cerebrovascular (39% inferior a la media de la UE) después de Francia y Luxemburgo, y que ha descendido un 70% durante ese periodo (figuras 3 y 4).

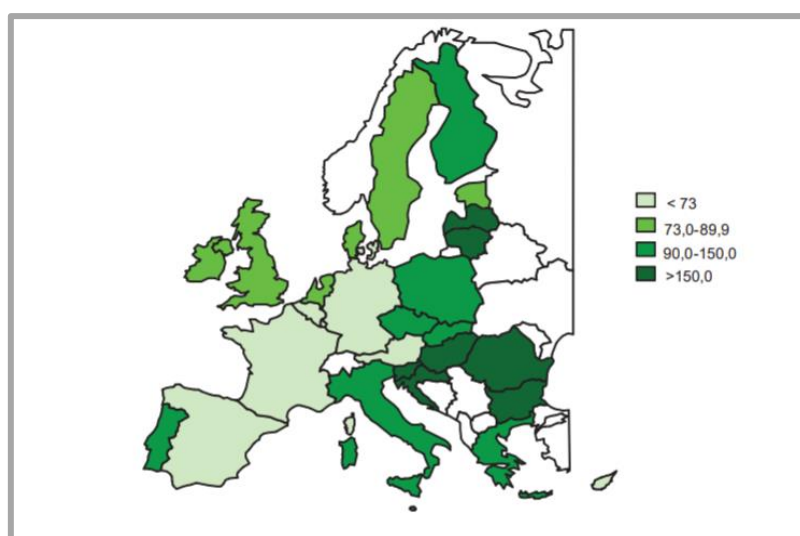


Figura 3. Índice de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Países de la UE. 2014 base 100: media UE (6).

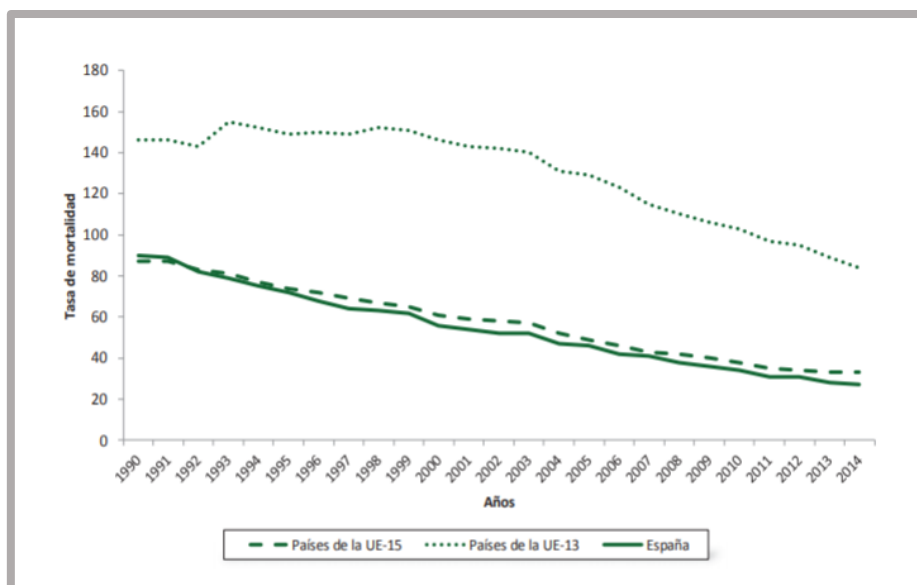


Figura 4. Evolución de la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular en la UE y en España, 1990-2014 (6).

Ya en nuestro país, se produjeron en 2016, 119.778 fallecimientos secundarios a ECV (55.307 hombres y 64.471 mujeres), lo que supone el 29,2 % de las defunciones (50,9% hombres y 49,1% mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 515,2 por 100.000 habitantes (242,5 en hombres y 272,7 en mujeres). Actualmente, en España la enfermedad isquémica del corazón ocupa el primer lugar en número de muertes en varones, seguida de los accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), más frecuentes en mujeres, aunque con un descenso respecto al año anterior del 5,1% y 4,6% de defunciones respectivamente (8).

Esta aparente paradoja es el resultado de dos hechos bien conocidos. Uno, el mayor riesgo cardiovascular de los varones, similar al de las mujeres 10 años mayores que ellos. En segundo lugar, la enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en edades avanzadas, en las que el número de mujeres es muy superior al de varones. Esto explica que las mujeres, a pesar de tener menos riesgo cardiovascular que los varones, tienen mayor mortalidad proporcional, bruta, y número de muertes por esta causa (9).

En lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), la enfermedad cardiovascular es la segunda causa de muerte, tanto en mujeres como en hombres (10). Los resultados del estudio PREDIMERC (11) (Prevalencia de Diabetes Mellitus y Riesgo Cardiovascular) muestran que en la población adulta (30-74 años) de la CAM se observa

una prevalencia elevada de hipertensión arterial (29,3%), hipercolesterolemia (23,2% con valores de CoT ≥ 240 mg/dl y 54,2% con CoT ≥ 200 mg/dl), sobrepeso (41,5%), obesidad (21,7%), tabaquismo (28,4%), sedentarismo laboral/ocupación habitual (32,6%), personas inactivas (sedentarias) en el tiempo libre (85,5%), agrupación de 3 o más factores de riesgo (32,5%), síndrome metabólico (24,6%) y riesgo cardiovascular alto (13,3%). En general, tanto la diabetes 2 como el resto de factores de riesgo cardiovascular son más frecuentes en hombres que en mujeres y suelen aumentar con la edad en ambos sexos.

Además de la mortalidad, existen otros registros epidemiológicos útiles a la hora de conocer la carga de enfermedad de la población y el impacto social resultante. Constituyen herramientas imprescindibles a la hora de la implementación de los avances terapéuticos. Uno de estos indicadores es la tasa de morbilidad hospitalaria que permite conocer las características demográfico-sanitarias de las personas que tienen una enfermedad respecto a una población y período determinados. A través de ella sabemos que, en 2015, la principal causa de hospitalización y de alta hospitalaria en el SNS, son las enfermedades del aparato circulatorio en el 14,5% y el 13,2% respectivamente, con una tasa por 100.000 habitantes de 1542 hombres y 1174 mujeres (figuras 5 y 6). Por lo tanto, se pone de manifiesto que las ECV mantienen la primacía en cuanto a morbilidad hospitalaria en lo que a España se refiere (INE) (12).

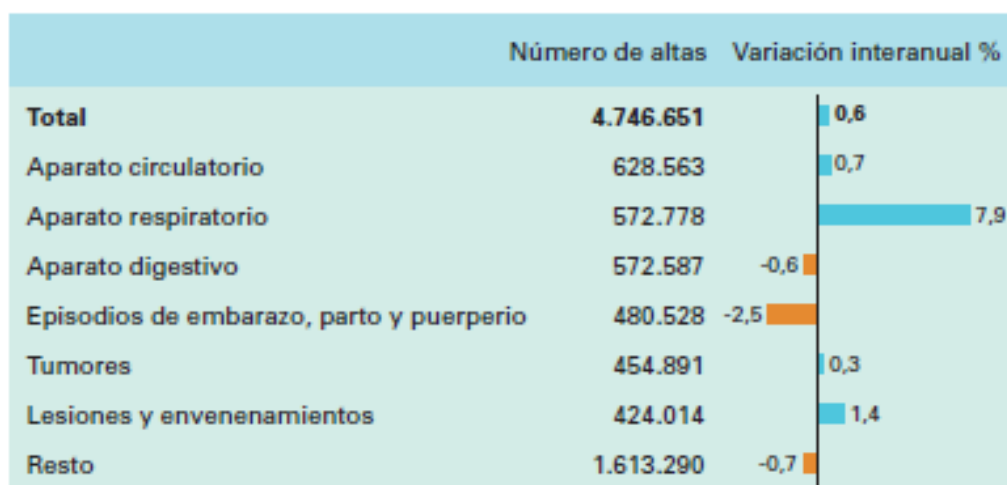


Figura 5. Altas hospitalarias según los principales grupos de enfermedades. 2015 (12).

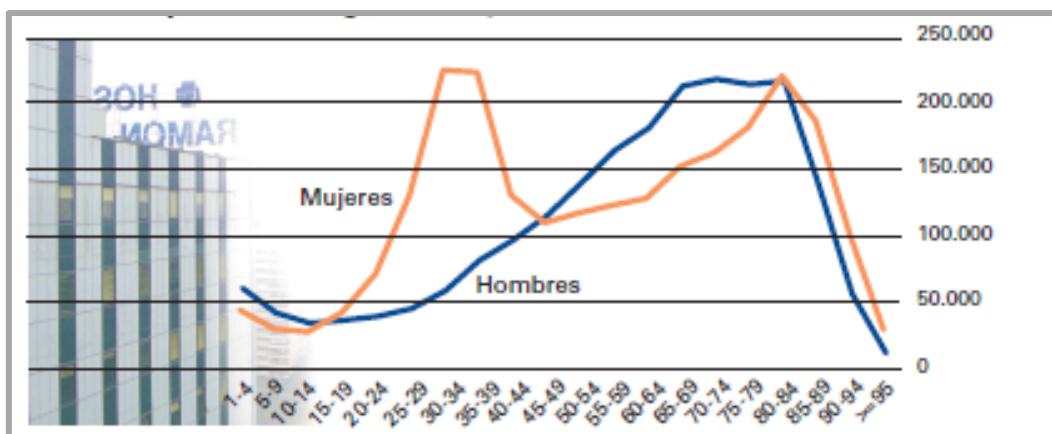


Figura 6. Altas hospitalarias según edad y sexo. 2015 (12).

En otro orden de cosas, los registros epidemiológicos que describen la prevalencia y la incidencia de las ECV en el ámbito nacional y regional son escasos y poco recientes, debido a la dificultad de obtención de datos epidemiológicos fiables. Esto supone un gran inconveniente a la hora de evaluar la eficacia de las estrategias de prevención de las ECV. Otra limitación importante son las diferencias metodológicas de los estudios, lo que da lugar a discrepancias en los resultados. No obstante, a partir de los datos obtenidos en la última encuesta de población del Instituto Nacional de Estadística (13), en la que se pregunta explícitamente sobre antecedentes de infarto de miocardio en los últimos doce meses, se observa un descenso significativo de la tasa de respuestas positivas, aún a pesar de los posibles sesgos en dicha respuesta (figura 7) (7).

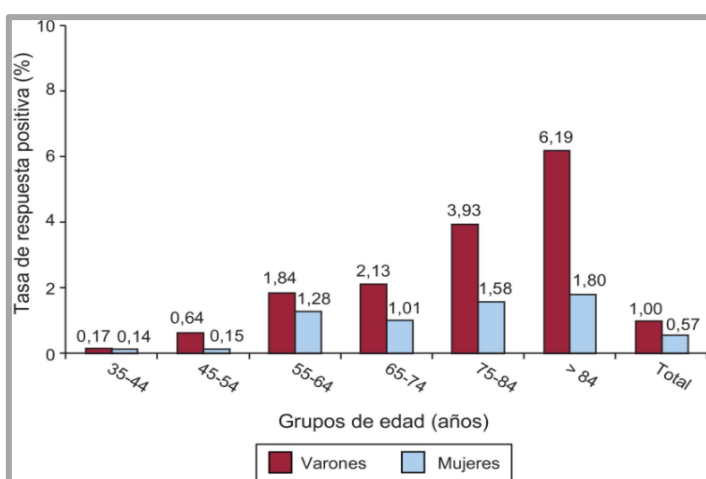


Figura 7. Tasa de respuestas positivas, según grupos etarios, a la pregunta sobre «antecedentes de infarto de miocardio en los últimos 12 meses» de la encuesta de población del Instituto Nacional de Estadística (2011-2012) (7).

En el caso del ictus, los estudios de prevalencia de ámbito nacional estiman que aumenta con la edad, sobre todo en mujeres, en las que el primer episodio se produce a una edad más elevada que en hombres ($74,6 \pm 11,4$ años en mujeres y $68,8 \pm 11,9$ en hombres), lo que está intrínsecamente relacionado con una mayor incidencia de ictus después de la menopausia. Dado que tres cuartas partes de los casos de ictus se producen en mayores de 65 años (14), se prevé que, en España, una de las poblaciones más envejecidas del mundo para el 2050, tanto la prevalencia como la incidencia seguirán una tendencia creciente (15).

Con respecto a la incidencia de la ECV, no existen estudios actuales en España. El más reciente es el registro REGICOR realizado entre 2002 y 2008 que establece una tasa de incidencia de infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes de 277 nuevos casos en mujeres y 193 en varones (población de entre 35-74 años) (16). En definitiva, aunque la incidencia sigue un ritmo decreciente, el mayor envejecimiento de la población hace suponer que el número de nuevos episodios coronarios aumentará cada año un 1,5%.

Para la mayoría de las poblaciones, el siglo pasado ha protagonizado una de las mejoras más eminentes en salud de la historia; la esperanza de vida al nacer ha aumentado de un promedio global de 46 años en 1950 a 66 años en 1998 (17). Históricamente, el estado de salud y el perfil de la enfermedad de las sociedades humanas se ha vinculado intrínsecamente con el nivel de desarrollo económico y su organización social. En este sentido surge el concepto de “transición epidemiológica”, a raíz de la industrialización, las sociedades avanzadas han pasado de la preponderancia de las enfermedades infecciosas y las relacionadas con las deficiencias nutricionales a aquellas denominadas como crónicas o degenerativas (como la ECV, el cáncer o la diabetes).

En cualquier momento dado, diferentes países en el mundo o incluso diferentes regiones dentro de un mismo país pueden encontrarse en distintas etapas de la transición epidemiológica.

La transición epidemiológica ha resultado en una disminución de las muertes debido a infecciones, con un aumento concomitante de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. A continuación, con un enfoque específico en los países en desarrollo, resumiremos la información clave de los factores de riesgo cardiovascular de importancia, de los que se derivan las posibles estrategias de intervención.

Como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades cardiovasculares encabezan la mortalidad en España, lo que supone un gran problema de salud pública y un reto a nivel global. Los motivos se encuentran, fundamentalmente, en los cambios de los patrones de salud – enfermedad acontecidos durante las últimas décadas, y puestos de manifiesto por el descenso en la mayoría de países, de la mortalidad por enfermedades infecciosas no transmisibles, mientras que los problemas crónicos de salud son cada vez más frecuentes, entre otras razones, por el envejecimiento de la población y la mejora de la atención sanitaria. Por tanto, el incremento de las enfermedades cardiovasculares se debe, por una parte, a la mayor presencia de factores de riesgo que son controlables, pero no curables y, también, por otros múltiples factores de naturaleza no médica, sino de índole político, económico, ambiental y sociocultural (18).

En la actualidad están claramente identificados una serie de factores, unos modificables y otros no que se observan en la tabla 1, asociados a un mayor riesgo de padecer ECV. Estos factores se potencian, de tal manera, que la asociación de varios de ellos aumenta exponencialmente el riesgo de ECV (1) (19). Además, la importancia de algunos de estos factores de riesgo puede haber sido subestimada. Las dietas altas en grasas, el estilo de vida sedentarios y el tabaquismo se vuelven más comunes a medida que la esperanza de vida continúa aumentando.

Tabla 1. Principales factores de riesgo cardiovascular.

FACTORES DE RIESGO	
Modificables	No modificables
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Tabaquismo • Sedentarismo • Diabetes mellitus • Dislipemia • Obesidad • Alteraciones psico- emocionales • Síndrome metabólico • Factores trombogénicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Antecedentes familiares de ECV prematura (varones < 45 años, mujeres < 55 años)

Fuente: Elaboración propia a partir de (1) y (19).

Destaca la hipertensión arterial como FRCV más frecuente tanto en mujeres como en hombres, seguido del colesterol elevado y la diabetes 2. La tendencia de dichos factores de riesgo es creciente; la hipertensión arterial ha pasado desde 1993 hasta el 2012 del 11,2% al 18,5%, la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,4% y la diabetes del 4,1% al 7,0%. Asimismo, la obesidad ha aumentado del 7,4% al 17,0% en los últimos 25 años, y un 41,3% de la población declara considerarse sedentaria, lo que supone casi la mitad de las mujeres (46,6%) y más de un tercio de los varones (35,9%) (13).

A su vez, la tendencia a la cronicidad y las mejores expectativas de vida conforman el patrón epidemiológico de la enfermedad cardíaca isquémica y el accidente cerebrovascular. Existe una mayor supervivencia dada por el aumento de la longevidad de la población (figura 8) y la disminución de las tasas de mortalidad. Este envejecimiento progresivo va acompañado con un incremento en el número de personas que conviven con una enfermedad cardiovascular. Los grandes esfuerzos para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades cardiovasculares pueden dilatar y retrasar estas enfermedades a edades más avanzadas.

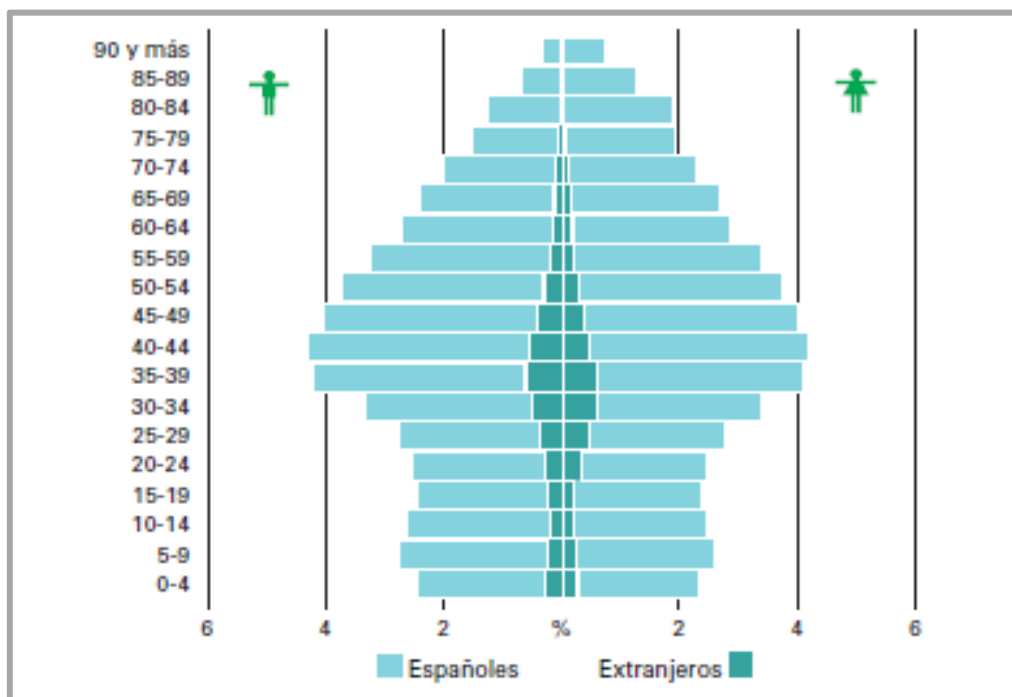


Figura 8. Pirámide de población de España a 1 de enero 2016 (12).

Asimismo, los motivos por los que este grupo etario es más vulnerable es objeto actual de investigación. Las principales teorías que tratan de esclarecerlo señalan a los cambios fisiológicos acontecidos en la vejez como el acortamiento de los telómeros, el envejecimiento vascular debido, entre otras cosas, a la pérdida de funcionalidad del endotelio y la falta de actividad física relacionada con el envejecimiento cardíaco (20).

A esto hay que añadir que, en España, el alejamiento progresivo de la dieta mediterránea hacia patrones alimentarios propios de comunidades anglosajonas puede explicar el aumento de la prevalencia e incidencia de la ECV, en contraposición a las cifras más bajas de dicha enfermedad cuando la dieta mediterránea definía de manera dominante los patrones alimentarios en España, lo que ejercía una influencia positiva en la salud cardiovascular (21) (22). Sin olvidar que la dieta mediterránea se caracteriza también por otros hábitos de estilo de vida relacionados con la prevención de las ECV como la actividad física regular, la abstinencia del tabaco, el bajo índice de masa corporal, el consumo moderado de alcohol (mujeres, 0,1-5 g/día; varones, 0,1-10 g/día), y dormir una breve siesta (< 30min/día). El proyecto SUN ha agrupado estos indicadores (EVS)

creando el índice de estilo saludable, el cual se ha asociado con un menor riesgo de enfermedad cardiovascular primaria. Asimismo, cada indicador se afilió individualmente con una reducción del riesgo cardiovascular (23).

En consecuencia, los estilos de vida poco saludables, sumados al bajo cumplimiento terapéutico y al aumento de la población con factores de riesgo cardiovascular han propiciado la extensión de las ECV. Este proceso clínico-patológico tiene un impacto socio sanitario de primer orden en todo el mundo. Sin embargo, existe evidencia de que la ECV se puede prevenir mediante el cambio de patrones de comportamiento y la evitación de los factores de riesgo. Las medidas a adoptar no sólo proceden ya de los ámbitos sanitarios, sino también políticos, económicos y sociales, siendo la estrategia más efectiva y, sin duda la más inteligente, la detección precoz y control óptimo de los factores de riesgo, así como la implementación de programas de promoción de estilos de vida cardiosaludable en edades tempranas de la vida (10). Para ello es necesario abarcar a toda la población a través de estrategias de prevención primaria y secundaria en las que la Enfermería tiene un papel fundamental.

A nivel de la Comunidad de Madrid, podemos encontrar, entre otros programas, el plan de valoración del riesgo cardiovascular en el adulto, en el que se realiza un seguimiento de 109.000 personas por parte de enfermeras (más de 1000) y médicos en los Centros de Salud. Además de prevenir los factores de riesgo cardiovascular y contar con un programa de mejora de la vigilancia epidemiológica de dichos factores, la Comunidad de Madrid también dispone de programas de promoción de estilos de vida saludables y de mejora del afrontamiento del riesgo cardiovascular global (24). Gracias al éxito en el desarrollo de las consultas de Enfermería a demanda en la Comunidad de Madrid, es posible el seguimiento de los pacientes crónicos, lo que permite reducir significativamente el impacto de la enfermedad cardiovascular. Las oportunidades de mejora señalan a la capacitación del profesional de enfermería en cuanto a la reducción de factores de riesgo cardiovascular y al afrontamiento del riesgo cardiovascular global (10).

Justificación

Desde un punto de vista de salud pública, la gran morbimortalidad que suponen las ECV deriva de una serie de determinantes de salud asociados a los estilos de vida que se pueden prevenir. En primer lugar, mediante prevención primaria, pues se estima que cerca del 75% de las causas están vinculadas con factores de riesgo modificables (6). El segundo paso lo constituye la prevención secundaria o detección precoz de la enfermedad para evitar su progresión. En última instancia, se situaría la prevención terciaria, que aborda la enfermedad una vez se ha manifestado. En definitiva, y de acuerdo con la OMS, gran parte de la morbimortalidad por ECV, se podría evitar actuando sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (25).

En este sentido, en las últimas décadas asistimos a un cambio del paradigma preventivo en salud cardiovascular. Mediante la impulsión de estrategias y programas de detección precoz de factores de riesgo y de prevención integral, se está fomentando la sensibilización de la población en cuanto a la relevancia de la salud cardiovascular. Los profesionales de enfermería tienen una especial implicación en la promoción de estilos de vida cardiosaludable a través de actividades enfermeras eficaces, factibles y evaluables que reporten en salud cardiovascular, como establece la Cartera de Servicios de Atención Primaria, que describe las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria que se realizan en este nivel de atención (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (26).

Más aún, el entorno de la Atención Primaria es un lugar privilegiado para actuar en prevención y promoción de la salud, orientada a la población general (27). La promoción de la salud, concepto que nace con la Declaración de Ottawa de 1986 (28) y promovida por la OMS, se define como “la capacitación de la población para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla”. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Conviene tener presente el importante papel que ocupa la prevención y la promoción de salud para tratar de controlar los factores de riesgo asociados a los estilos de vida. Y en este contexto las enfermeras poseen las competencias para

desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud a través de intervenciones de educación para la salud tanto individuales como colectivas, en las que se aprovechan las vivencias y conocimientos previos de la persona, buscando la capacitación para el autocuidado a través del empoderamiento de los ciudadanos en el mantenimiento de su salud (29). Es decir, la capacitación para el autocuidado, el fomento de un estilo de vida cardiosaludable y el abordaje de los factores de riesgo mediante la formación en salud, junto con la potenciación de la adherencia terapéutica y el afrontamiento de la enfermedad cardiovascular, constituyen el apoyo necesario para conseguir el cambio en el estilo de vida (30).

También, a través del Servicio 405 y sus respectivos Criterios de Buena Atención (CBA) estos profesionales tienen un rol primordial en la valoración del riesgo cardiovascular en la fase de cribado, que, tras la identificación individual, se adjudicaría el seguimiento de aquellas personas con riesgo bajo y medio (10).

No obstante, las sucesivas Guías de Práctica Clínica y recomendaciones a nivel nacional y europeo reciben un seguimiento deficiente. La ineficacia de estos programas ha dado lugar a nuevas propuestas, como el proyecto UROACTION (30) en el que un equipo multidisciplinar, encabezado por enfermeros/as, agrupaban la evaluación individualizada, la toma de decisiones compartida, la inclusión de la familia, el establecimiento de metas, la educación grupal y las entrevistas motivacionales. En este marco de ideas, es una tarea ardua y complicada a la vez que vital para la enfermera, alcanzar la dosis de contacto óptima para lograr el compromiso individual y el afrontamiento eficaz a través del autocuidado en individuos de riesgo (30).

Asimismo, algunos autores coinciden que no se está siendo lo suficientemente eficaz en el control de los FRCV modificables y no se observan los resultados esperados (31). Y lo justifican porque en el sistema sanitario predominan las actuaciones grupales basadas solo en la transmisión de información («charlas») y no en el fomento de la motivación y habilidades, situándose las enfermeras como expertas y las personas participantes como receptoras pasivas (32). Si bien los datos disponibles en forma de recomendaciones y Guías de Práctica Clínica sobre el rol que deben desempeñar las enfermeras en materia de prevención de las enfermedades cardiovascular son abundantes, los estudios que valoran las acciones prácticas emprendidas por las enfermeras de Atención Primaria sobre

prevención cardiovascular, son inexistentes. Conocemos la base teórica subyacente a las actividades de promoción de la salud de las enfermeras, ahora nos proponemos comprender el grado de cumplimiento de dichas actividades.

Bajo estas proposiciones, la evaluación de las intervenciones enfermeras en prevención cardiovascular puede servirnos para mejorar su capacitación en el abordaje global de los cuidados cardiovasculares. En este sentido, identificar el papel que desarrollan actualmente las enfermeras de Atención Primaria nos puede ayudar a medir la calidad de la actuación de la Enfermería Comunitaria.

En consecuencia, con este proyecto se pretende identificar las actividades realizadas por enfermeras de Atención Primaria de Madrid, orientadas a la prevención cardiovascular.

HIPÓTESIS

Las intervenciones de promoción de la salud, disminuyen los factores de riesgo cardiovascular en la población.

Objetivo general

- Determinar las intervenciones enfermeras dirigidas a la prevención cardiovascular en el ámbito de la Atención Primaria.

Objetivos específicos

- 1 Valorar las herramientas utilizadas por las enfermeras de AP para la promoción de un estilo de vida cardiosaludable
- 2 Favorecer la promoción de la salud cardiovascular mediante el fomento de estilos de vida orientados a la salud.
- 3 Analizar las dificultades que encuentran en el seguimiento por parte de los usuarios.
- 4 Elaborar programas dirigidos a la adquisición de hábitos saludables que potencien el compromiso de los ciudadanos.
- 5 Desarrollar líneas de investigación sobre efectividad del cuidado cardiovascular y los resultados en salud.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal, de carácter observacional, cuyo ámbito de intervención se situará en las consultas de enfermería de los centros de Atención Primaria de la zona Norte de la Comunidad de Madrid, en los que se evaluará el tipo de actividades de prevención cardiovascular llevadas a cabo por las enfermeras del Centro.

La población diana la conforman los profesionales de enfermería asignados al programa de cuidados de la persona adulta. Debido a su tamaño, una muestra de los mismos constituirá la unidad de análisis de la investigación.

La captación de la muestra se realizará mediante contacto por correo electrónico, donde se informará del desarrollo del estudio, la garantía de confidencialidad y el objetivo de la encuesta. Simultáneamente, distribuiremos un cuestionario auto-cumplimentable, como instrumento de recogida de datos.

Tamaño de muestra

Los enfermeros/as serán reclutados utilizando un método teórico de muestreo no probabilístico, forma de conveniencia.

Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos, es decir, el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población del estudio. El límite de la muestra se obtendrá cuando se produzca saturación teórica, a saber, cuando tras un mínimo de entrevistas, estas no nos proporcionen nuevos datos relevantes.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado la fórmula de comparación de proporciones, con un nivel de confianza del 95%, para que sea estadísticamente significativo, una precisión del 5%, con una proporción del 50%, y considerando un porcentaje de pérdidas del 20%.

Mediante una muestra representativa de la población, podremos evitar el sesgo en la interpretación de los datos obtenidos y la gran facilidad operativa del muestreo por conveniencia resulta valioso para este estudio en particular, ya que no existen razones fundamentales que diferencien a la muestra de profesionales a la que puedo acceder fácilmente de los que forman el conjunto de la población enfermera.

La Dirección Asistencial Norte de Madrid suma un total de 372 enfermeras dispuestas en 34 centros de salud que dan cobertura a 809.852 madrileños, de los cuales, 561.060 se encuentran en la franja etaria de 14 a 65 años, y 125.453 son mayores de 65 años (33).

Los criterios de inclusión de la muestra son:

- Enfermeras/os pertenecientes al programa de Atención Primaria del adulto de la zona Norte de la Comunidad Madrid.
- Aceptación explícita y voluntaria de su participación por medio del consentimiento informado (anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Serán excluidos aquellos profesionales que no dispongan de una experiencia laboral igual o mayor a un año en el servicio.

Variables del estudio

1. Variable Dependiente:

1.1 Estrategias de promoción y prevención cardiovascular primaria.

- Para delimitar la variable utilizaremos un cuestionario elaborado en base a la Cartera de Servicios, guías de práctica clínica y recomendaciones validadas para enfermería.

2. Variables independientes:

2.1 Variables sociodemográficas de la población (tabla 2).

Tabla 2. Operacionalización de las variables. Variables sociodemográficas y laborales.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA
Edad	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Cualitativa dicotómica	Femenino / Masculino
Hijos	Cualitativa dicotómica	Sí, No
Formación	Cualitativa nominal	Diplomado enfermería Grado enfermería Especialidad Posgraduado Doctorado
Formación en ECV	Cualitativa nominal	Máster Experto Cursos de formación continuada Otros
Antigüedad laboral como enfermera/o	Cuantitativa continua	De 1 a 5 años De 6 a 10 años >10 años
Antigüedad en el servicio actual	Cuantitativa continua	De 1 a 5 años De 6 a 10 años > 10 años
Tipo de contrato	Cualitativa dicotómica	Contrato indefinido Contrato temporal

Fuente: Elaboración propia.

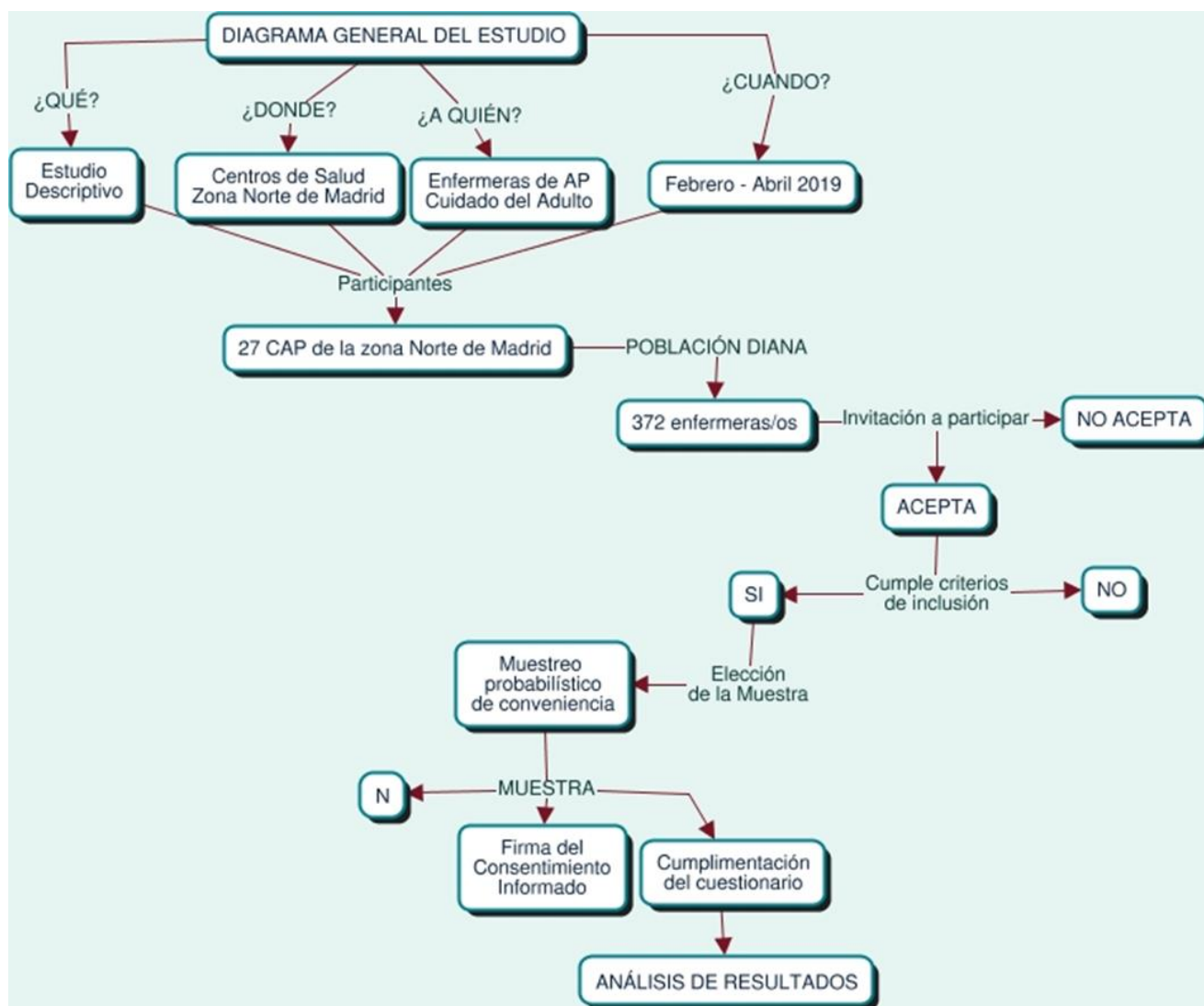
2.2 Factores determinantes percibidos por las enfermeras que limitan el desarrollo de las estrategias de intervención. En la segunda parte del cuestionario se consultarán los motivos que obstaculizan el abordaje enfermero en prevención cardiovascular primaria (tabla 3).

Tabla 3. Operacionalización de las variables. Variable independiente.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA
Resistencia de los usuarios de AP para seguir acciones de promoción y prevención de la salud	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Escasez de recursos humanos	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Falta de tiempo	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Falta de homogeneidad de la información y el conocimiento	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Falta de formación específica	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Falta de experiencia	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Escaso desarrollo en investigación Enfermería	Cualitativa ordinal	Alta- Media- Baja
Otros motivos	Cualitativa nominal	A cumplimentar por el entrevistado.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Diagrama del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Herramientas del estudio

Investigación cuantitativa de diseño descriptivo transversal, a partir de un cuestionario auto-cumplimentable que se hará llegar por el correo electrónico institucional, como herramienta fundamental de recogida de datos (anexo 1). Este método de auto-informe o cuestionario consiste en un proceso estructurado de recogida de información, caracterizado porque el mismo participante es quien lo cumplimenta.

Es un cuestionario elaborado ad hoc con opciones de respuesta cerrada y una pregunta abierta en la que no habrá respuestas preestablecidas o predefinidas.

Recogida de datos

Para evaluar qué intervenciones se realizan más frecuentemente por las enfermeras, cuales no y qué obstáculos percibidos por los trabajadores impiden la entrega efectiva se diseñó un cuestionario englobando tres dimensiones:

1. Sociodemográfica y laboral: consta de 8 ítems, que nos ayudarán a clasificar a los trabajadores según su sexo, edad, nivel de estudios y actividad laboral.
2. Evaluación de las actividades de prevención cardiovascular. Se empleará la encuesta: *Cuestionario para la valoración de las intervenciones enfermeras en Prevención Primaria Cardiovascular*. Cuenta con 30 ítems y nos aportará información sobre el cumplimiento de los protocolos y recomendaciones. Para elaborar el cuestionario, se utilizaron datos procedentes de las fuentes reflejadas en la tabla 4.

Tabla 4. Programas de intervención para la prevención cardiovascular en AP.

	Servicio	Intervención
Comunidad de Madrid		
Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid (26)	403	Promoción de estilos de vida saludable en el adulto.
	404	Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto.
	405	Valoración del riesgo cardiovascular en el adulto.
	406	Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial.
	407	Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus.
	408	Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia.
	409	Atención a pacientes adultos con obesidad.
		Plan de Salud Cardiovascular de la Comunidad de Madrid (33).
		Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013 (10).
España		
		Guía de abordaje enfermero. Cuidados Cardiovasculares Integrales (CcvI) en Atención Primaria (34).
Europa		
		Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (30).
A nivel mundial		
		Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular de la OMS (35).

Fuente: Elaboración propia.

3. Valoración de los motivos percibidos por los profesionales de enfermería como incapacitantes o no facilitadores del desarrollo de estrategias de prevención CV. El *Cuestionario para la Valoración de las dificultades percibidas* nos aportará la apreciación de los trabajadores sobre los diferentes factores intervinientes para prestar servicios de prevención CV. Constará de 12 ítems que los participantes puntuaran del 1 al 10 en función del grado de importancia que le concedan a cada una de las cuestiones planteadas. Cuantificarán sus respuestas mediante la escala de puntuación por intervalos de Likert. Esta herramienta de medición nos permitirá medir actitudes y conocer el grado de conformidad de los encuestados frente a la información propuesta. El intervalo (1-10) fue escogido con el objeto de evitar la neutralidad obtenida con los números impares y para generar mayor precisión en los resultados debido al mayor número de puntos. Asimismo, podemos eludir el sesgo de tendencia central que aparece en ítems con pocos puntos, en éstos, los encuestados suelen esquivar las 2 opciones extremas, como por ejemplo en ítems de solo 5 puntos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), con entrada en vigor el 25 de mayo de 2018, en sustitución de la ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, junto con el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, se informará a los participantes para obtener su consentimiento y se les comunicará individualmente sobre el propósito del estudio y su desarrollo (36).

Previo a la recogida de datos, se explicará el objetivo del estudio y se garantizará que el sujeto ha manifestado su voluntariedad de participar mediante la firma del consentimiento informado y la lectura de la hoja informativa (anexo 1). Se proporcionará información relevante acerca del método de la investigación, su propósito, la selección de los participantes, la confidencialidad de los datos y los riesgos y beneficios, entre otros.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Tras la recogida de los datos, estos serán codificados y se registrarán en una hoja de cálculo de Excel. Posteriormente, se diseñará una base de datos electrónica procesada con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) para el procesamiento y análisis de las variables del estudio (38).

Se realizará el análisis de las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central y T-Student, y las variables cualitativas mediante Chi2, para establecer las diferencias por edad, sexo, nivel académico, contrato y otras categorías, y se establecerá la significancia estadística $p \leq .05$.

Podremos conocer alrededor de que puntos se encuentran los datos: calculando la media, la mediana, o la moda (medidas de centralidad). Además, podremos determinar como de agrupados o dispersos se encuentran a través de medidas de desviación como la desviación estándar o desviación típica.

En cuanto al manejo de los datos cualitativos, serán clasificados por medio de tablas de frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

DISCUSIÓN

A lo largo del estudio pueden aparecer limitaciones que dificulten el desarrollo del mismo.

En primer lugar, al tratarse de una encuesta auto-cumplimentada, la presencia o ausencia de sesgos de repuesta dependerá del estándar de honestidad y racionalidad de las respuestas de los encuestados. Íntimamente ligado se encuentra el sesgo de deseabilidad social; las personas dicen que hacen aquello que consideran que es mayoritariamente aceptado (38).

Con la puesta en marcha de este proyecto de investigación y del análisis de los datos obtenidos aumentaríamos conocimientos sobre las intervenciones que realizan las enfermeras en la práctica clínica. Paralelamente, podremos hallar las barreras por las que ellas consideran que no todo lo deseable se puede hacer, lo que representa una herramienta de gran utilidad para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Las implicaciones de este estudio para la práctica son múltiples. El mero hecho de evaluar las intervenciones enfermeras permite valorar las necesidades de formación e investigación de estos profesionales y su repercusión en la efectividad de los programas de promoción y prevención CV.

En cuanto al alcance del estudio, espero encontrar una respuesta afirmativa relacionada con las intervenciones desarrolladas por enfermería. Cabe esperar que gran parte de los ítems cuenten con ella. Sin embargo, en las respuestas negativas encontraremos una fuente valiosa de información que nos servirá como catalizador para el cambio y posterior construcción de mejores resultados. De este modo, espero encontrar conclusiones que me indiquen estrategias futuras para objetivar en qué elementos hay que poner especial énfasis para posibilitar el alcance de los objetivos enfermeros en prevención y promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lizcano A, Villar M, Duralde E, Pérez M, Martínez E. Autocuidados Cardiosaludables. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria SEMAP [Internet]. 2012 [citado 1 diciembre 2017 2018]; Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017558.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2016 p. http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf.
3. Amor A, Masana L, Soriguer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S et al. Estimación del riesgo cardiovascular en España según la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2015 [citado 1 diciembre 2017];68(5):417-425. Disponible en: <https://bit.ly/2KnEq51>
4. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. Qué es la enfermedad cardiovascular. Enciclopedia Médica A.D.A.M. Atlanta, EEUU.: U.S. National Library of Medicine; 2018.
5. OMS | Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva [Internet]. Who.int. [citado 6 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. <http://publicacionesoficiales/boe.es>
7. Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2014 [citado 13 diciembre 2017];67(2):139-144. Disponible en: <https://bit.ly/2Kq9yAC>
8. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2016 p. <http://www.ine.es/prensa/np1005.pdf>
9. Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. Dieta y Enfermedades Cardiovasculares. Nutrición en Salud Pública. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. p. 307-335.

10. Servicio Madrileño de Salud. Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011 – 2013. [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid; 2013 [citado 15 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1eJa08l>
11. Gil Montalbán Elisa, Zorrilla Torras Belén, Ortiz Marrón Honorato, Martínez Cortés Mercedes, Donoso Navarro Encarnación, Nogales Aguado Pedro et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC. Gac Sanit [Internet]. 2010 Jun [citado 2018 Mar 24]; 24(3): 233-240. Disponible en: <https://bit.ly/2KqUWky>
12. INE. España en cifras 2017 [Internet]. Madrid; 2017 [citado 20 enero de 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. M: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013 p. <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
14. Allan S, Mozaffarian D, Roger V, Benjamin E, Berry J, Turner M. Heart Disease and Stroke Statistics. [Internet]. 2014 [citado 24 enero 2018]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408159/>
15. Matías J, Villoría F, Oliva J, Viñas S, Martí J, Vázquez T et al. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
16. Brotons C, Cuende J, Fernández J, Plana N, Moral I. Cardiopatía isquémica. [Internet]. 2013 [citado 24 enero 2018]; Disponible en: <https://bit.ly/2HAFIBo>
17. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global Burden of Cardiovascular Diseases: Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. Circulation [Internet]. 2001 [citado 2 febrero 2018];104(22):2746-2753. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11723030>
18. Gómez L. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica. 2011;31(4):469.
19. Oyanguren Artola J, Arce Arana V. Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca en Atención Primaria. In: Portuondo Maseda M, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo J et al., ed. by. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología [Internet]. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009 [citado 2 febrero 2018]. p. 265- 287. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_06.pdf

20. Pemberthy López C, Jaramillo-Gómez N, Velásquez Mejía C, Cardona-Vélez J, Contreras-Martínez H, Jaramillo-Restrepo V. Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 2016; [citado 3 febrero 2018]; 23(3):210-217. Disponible en: <https://bit.ly/2w3Drns>
21. Gómez F, Alcalá J, García A, Pérez F. Dieta mediterránea. Avances en alimentación, nutrición y dietética. [Internet]. 2014 [citado 4 febrero 2018]; Disponible en: <http://www.nutricion.org/img/files/DietaMediterranea%20Avances2014Web.pdf>
22. Villarino Marín A, Martínez Álvarez J. Dieta mediterránea. Madrid: Punto Didot; 2015.
23. Díaz-Gutiérrez J, Ruiz-Canela M, Gea A, Fernández-Montero A, Martínez-González M. Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2017 [citado 4 febrero 2018]; Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/relacion-entre-un-indice-estilo/avance-resumen/S0300893217305948/>
24. Comunidad de Madrid. Más de 1.000 enfermeras realizan pruebas para medir el riesgo cardiovascular [Internet]. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2rjJEqD>
25. Fact sheet: Cardiovascular disease: prevention and control [Internet]. Global strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2010 [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/print.html>
26. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº 222, 16/10/2006.
27. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009 [Internet]. Index-f.com. 2009 [citado 15 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
28. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá; 1986. Disponible en: <https://goo.gl/AUxM3V>
29. REccAP. (2008). Red de Enfermería en Cuidados Cardiovasculares en Atención Primaria. Obtenido de Objetivos. Disponible en: <http://reccap.semap.org/objetivos.html>
30. European Heart Journal [Internet]. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Reccap.semap.org. 2012 [citado 16 febrero 2018]. Disponible en:

[http://reccap.semap.org/documentos/5th_JTF_2012_Guidelines_CVD_prevention\[1\].pdf](http://reccap.semap.org/documentos/5th_JTF_2012_Guidelines_CVD_prevention[1].pdf)

31. González López JL, Capote Toledo ML. Educación Continuada en consulta de enfermería especializada: la herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. *Enferm Cardiol* 2005; Año XII: (35): 13-19
32. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Recursos Humanos; 2012 [citado 23 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/1rrzC3m>
33. Rivero Cuadrado A, Ramírez Díaz-Bernardo J, Izquierdo Martínez M. Plan de Salud Cardiovascular Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007. Disponible en: <https://bit.ly/2JD2VKh>
34. Lizcano A coord. Guía de abordaje enfermero. Cuidados Cardiovasculares Integrales (CcvI) en Atención Primaria. [Internet]. 2011 Madrid: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria SEMAP; [citado 23 febrero 2018]; Disponible en: http://www.semap.org/docs/REccAP_GUIA_CCvI_EN_ATENCION_PRIMARIA.pdf
35. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk [Internet]. Apps.who.int. 2007 [citado 10 marzo 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43685/1/9789241547178_eng.pdf
36. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 [Internet]. Agpd.es. 2016 [citado 14 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2sp7pjn>
37. IBM SPSS Statistics - Visión general - España [Internet]. Ibm.com. 2015 [citado 14 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/marketplace/spss-statistics>
38. Mikulic, IM, Crespi, M, Caballero, R. Estudio psicométrico del Inventario Balanceado de Respuesta Deseable. *Anuario de Psicología* [Internet]. 2016;46(2):58-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97049408002>

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera expresar mi sincero agradecimiento a mi tutora Carmen Martín Salinas por su acompañamiento, por su valiosa ayuda y por su incondicional apoyo durante esta fase, sin los cuales hubiera sido muy difícil la realización de este trabajo.

A mis padres, mis hermanos y a toda mi familia, gracias a quienes culmino esta etapa académica. Gracias por ser los motores que me impulsan a ser mejor cada día.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige al personal de enfermería de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Dirección Asistencial Norte de Madrid y se les invita a participar en la investigación “Intervenciones enfermeras dirigidas a la prevención cardiovascular en Atención Primaria”.

Este documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

1. Hoja de Información al Participante.
2. Formulario de Consentimiento Informado.

Hoja de Información al Participante

Introducción

Soy una estudiante de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid que realizo mi Trabajo de Fin de Grado con un proyecto de investigación sobre el papel de la enfermera en prevención primaria cardiovascular. A continuación, voy a brindarle información acerca de los términos de la investigación. Le recuerdo que no tiene que decidir hoy si desea participar en este proyecto y me pongo a su disposición para cualquier duda o pregunta que desee consultarme.

Propósito

En los Centros de Salud de Atención Primaria los enfermeros/as desarrollan un papel primordial en el campo de la prevención, detección y tratamiento de las ECV, así como de los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de esta investigación es identificar las intervenciones de prevención cardiovascular llevadas a cabo en la consulta de enfermería, así como los factores determinantes para el desarrollo de dichas actividades.

Tipo de Intervención de Investigación

La intervención se llevará a cabo mediante el cumplimiento de unos cuestionarios por vía electrónica. El tiempo estimado para rellenar los cuestionarios correspondientes es de 20 minutos.

Selección de participantes

Se invita al personal de enfermería de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Dirección Asistencial Norte de Madrid que dispongan de una experiencia laboral igual o mayor a un año en el servicio a participar en la investigación.

Participación Voluntaria

La decisión de participar en este proyecto es totalmente libre y voluntaria. Usted no tiene por qué participar si no desea hacerlo o, si acepta formar parte del estudio y cambia de

opinión más tarde, puede retirarse en cualquier momento, aunque ya haya comenzado el estudio, sin ningún tipo de prejuicio.

Riesgos

No se considera la existencia de efectos secundarios por participar en este estudio, ni estará expuesto a riesgos de ningún tipo.

Beneficios

No es posible asegurar que las actividades propuestas le reporten beneficios a nivel individual, sin embargo, sí podemos sostener que al participar en este proyecto podrá aumentar y evaluar sus conocimientos sobre la prevención primaria y a establecer las actividades relacionadas más eficaces para prevenir las ECV. Asimismo, permitirá a los investigadores obtener información que será muy útil para detectar posibilidades de mejora en Enfermería, lo que a su vez convertirá a los pacientes en beneficiarios de esta intervención.

Este proyecto no cuenta con financiación ni patrocinadores, por lo que no es posible proporcionar una compensación económica por la participación de los sujetos.

Confidencialidad

La información que se recoja en este proyecto de investigación es enteramente confidencial y en caso de publicación de los resultados tendrán un carácter anónimo. La información personal se codificará a través de números y en ningún caso aparecerá su nombre asociado, garantizando el anonimato y su privacidad en todo el proceso, de acuerdo a la legislación vigente. Los datos que se recojan en este estudio serán introducidos en una base de datos para su posterior análisis estadístico y serán accesibles exclusivamente a los investigadores del estudio.

Compartiendo los Resultados

Una vez se hayan analizado los datos, se informará de los resultados y se compartirá el conocimiento obtenido con los enfermeros que hayan participado en este proyecto antes

de que se haga disponible al público. Tras esto, se publicarán los resultados de forma que otras personas interesadas puedan beneficiarse de la investigación.

A quién contactar

En caso de que le surgiera alguna duda o pregunta, puede contactar con el investigador en cualquier momento a través del siguiente correo electrónico:

- julia.delacruz@estudiante.uam.es

Formulario de Consentimiento Informado

Yo.....a día...../...../.....
acepto participar de forma voluntaria en el proyecto de investigación “*Intervenciones enfermeras dirigidas a la prevención cardiovascular en Atención Primaria*”.

Declaro que he leído la información proporcionada sobre los objetivos y las características del estudio.

He obtenido datos de contacto suficientes para comunicarme con el investigador a cargo del estudio, he tenido la oportunidad y el tiempo necesario para hacer preguntas y todas las preguntas han sido resueltas satisfactoriamente.

Confirmando que puedo retirarme en cualquier instante y mi elección de participar puede ser revocada en cualquier momento sin ninguna penalización.

Firma del participante

Firma del investigador

Anexo 2. Cuestionario para la valoración de las intervenciones enfermeras en Prevención Primaria Cardiovascular

El objetivo de este cuestionario es evaluar el cumplimiento de las intervenciones del personal de enfermería en prevención primaria cardiovascular (CV).

Lea detenidamente las instrucciones y conteste con la mayor sinceridad posible. El siguiente cuestionario consta de 30 enunciados, seleccione la respuesta que considere correcta. Se trata de una encuesta anónima, por favor, no incluya datos personales ni lo firme.

Rellene la “Clave de identificación del participante” con un código de 4 números que usted elija, recuérdelo para cumplimentarlo en los próximos cuestionarios.

Muchas gracias por su colaboración,

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	
	SÍ	NO
1. Implica al usuario en el cuidado de su salud y especialmente en el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).		
2. Involucra a los ciudadanos en la identificación y selección de los factores de riesgo que deben cambiar.		
3. Realiza un control riguroso de los factores de riesgo (FR) en pacientes de alto riesgo.		
4. Utiliza el sistema del SCORE para definir el nivel de riesgo cardiovascular.		
5. Efectúa el cálculo del riesgo cardiovascular global en las personas atendidas en consulta.		
6. Realiza la captación de personas sin FRCV diagnosticados con un riesgo moderado o bajo de tener una ECV.		

ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	
	SÍ	NO
7. Realiza la captación de pacientes con familiares cercanos con antecedentes de ECV aterosclerótica prematura.		
8. En la población susceptible desarrolla una valoración en la que ejecuta una exploración física que incluye las medidas antropométricas: Talla/Peso, IMC, Perímetro Abdominal y Presión Arterial.		
9. En la población susceptible valora los parámetros clínicos/bioquímicos: perfil lipídico (Colesterol Total, LDL, HDL y Triglicéridos) y perfil glucémico (Glucemia Basal, Hemoglobina Glicosilada e Intolerancia a la Glucosa).		
10. Valora la fase de cambio en la que se encuentra el usuario (Precontemplación, Contemplación, etc..) para un abordaje idóneo.		
11. Refiere consejos de riesgo bajo-medio o alto según SCORE sobre nutrición, actividad, tabaco y alcohol.		
12. Refiere consejos de riesgo bajo-medio o alto según SCORE sobre autocuidados en los aspectos psicoemocionales y en las relaciones interpersonales.		
13. En los pacientes adultos con HTA realiza una exploración física en los dos últimos años que incluya: IMC, auscultación cardíaca y presencia/ausencia edemas en miembros inferiores.		
14. En los pacientes adultos con HTA al menos dos veces año efectúa un control que incluye: medición TA, valoración de la adherencia al plan terapéutico, revisión del tratamiento farmacológico, revisión del plan de cuidados y consejo sobre consumo de tabaco y alcohol.		

ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	
	SÍ	NO
15. Averigua de forma sistemática qué pacientes son fumadores y aconseja con firmeza a todos los fumadores que lo dejen.		
16. En la atención al consumo de tabaco en el adulto, valora el grado de dependencia física a la nicotina, el grado de adicción del paciente y su disposición para dejar de fumar.		
17. En la atención al consumo de tabaco en el adulto, refiere consejo conductual sobre el abandono del hábito y oferta el servicio de deshabituación al menos una vez en el último año.		
18. En la atención al consumo de tabaco en el adulto realiza, al menos, dos intervenciones de seguimiento en el primer año desde la fecha de abandono, siendo una de ellas en el primer mes.		
19. Refiere consejo profesional sobre las mejores opciones alimentarias para forjarse una dieta con el menor riesgo cardiovascular posible.		
20. Alienta a todas las personas a que reduzcan la ingesta total de grasas y de grasas saturadas a un 30% de las calorías diarias y la de grasas saturadas y de ácidos grasos trans a menos del 10%.		
21. Motiva firmemente a todas las personas para que reduzcan la ingesta de sal diaria.		
22. Informa de los beneficios del consumo de ácidos grasos omega 3, pescado, fruta y vegetales por sus mecanismos de la función cardioprotectora.		
23. Fomenta la actividad física en todos los grupos de edad, recomendando al menos 30 minutos al día de actividad física moderada.		

ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	
	SÍ	NO
24. En pacientes con FRCV aconseja incrementar su actividad física de forma segura, hasta alcanzar niveles compatibles con el menor riesgo cardiovascular posible.		
25. Insta a todas las personas que tengan sobrepeso u obesidad a que adelgacen mediante una combinación de un régimen alimentario con menor contenido calórico (asesoramiento alimentario) y mayor actividad física.		
26. En la atención al consumo de alcohol en el adulto cuantifica la ingesta de alcohol y a las personas que toman más de 3 unidades de alcohol por día les recomienda que reduzcan el consumo.		
27. Promociona actividades de Educación para la Salud individuales o grupales, en pacientes de alto riesgo, orientadas a facilitar el control de los factores de riesgo cardiovascular		
28. Asiste a actividades de formación continuada, debidamente acreditadas, orientadas a difundir el conocimiento sobre Prevención CV.		
29. Promueve el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años mediante la intervención integral sobre estilos de vida cardiosaludable.		
30. Justifica las intervenciones enfermeras a partir de diagnósticos enfermeros, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.		

Anexo 3. Cuestionario para la valoración de las dificultades percibidas

A continuación, se presentan una serie de cuestiones sobre los problemas que identifica en la práctica clínica. El objetivo de esta encuesta es conocer cuál es su opinión acerca de las dificultades que obstaculizan la actividad enfermera en el papel de prevención primaria cardiovascular (CV).

El siguiente cuestionario consta de 12 ítems. En una escala del 1 al 10 considere el grado de conformidad de cada ítem. Por favor, rellene todos los campos, no existen respuestas correctas o erróneas. Marque con una X la opción que le parezca más adecuada, considerando:

[Totalmente en desacuerdo] 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Totalmente de acuerdo]



Clave de identificación del participante: _ _ _ _

1. La falta de tiempo disponible para cada paciente me impide desarrollar algunas estrategias de prevención CV o no me permite realizarlas en la forma deseable.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. La escasez de recursos humanos o personal me impide desarrollar algunas estrategias de prevención CV o no me permite realizarlas en la forma deseable.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Considero que la falta de formación específica es uno de los principales motivos que dificultan la implementación de intervenciones de prevención primaria CV.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. La falta de experiencia me impide desarrollar algunas estrategias de prevención CV o no me permite realizarlas en la forma deseable.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Uno de los motivos no facilitadores del desarrollo de estrategias de prevención CV es el desconocimiento parcial de las actividades de prevención primaria CV.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[Totalmente en desacuerdo] 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Totalmente de acuerdo]

6. Uno de los obstáculos que impiden la puesta en marcha de las intervenciones preventivas es la resistencia de los usuarios de AP para realizar cambios en sus estilos de vida y modificar hábitos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Considero un factor importante la falta de sensibilidad de los usuarios de AP a los mensajes y recomendaciones de los profesionales de salud.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Considero que la insuficiencia de programas de formación en investigación es contraproducente para el desarrollo de la participación enfermera es prevención CV.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Creo que un mayor reconocimiento e implicación del colectivo enfermero en investigación fomentaría el desarrollo de proyectos propios en prevención primaria CV.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. La carencia de una guía única enfocada al paciente con riesgo cardiovascular en AP resulta en una falta de homogeneidad a la hora de llevar a cabo las actividades enfermeras.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. La escasez de tiempo suficiente para dedicar a la mejora del nivel de conocimiento en enfermería es un problema que contribuye en este aspecto.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. La falta de desarrollo del cuerpo de conocimientos propios de la profesión es un elemento que repercute negativamente en el nivel de la atención a estos pacientes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Qué otros motivos, no reseñados anteriormente, considera como impedimentos a la hora de desarrollar actividades enfermeras en prevención primaria CV?

.....

.....

.....

.....

Anexo 4. Formulario de variables sociodemográficas y laborales

A continuación, le presentamos una serie de cuestiones relativas a las variables sociodemográficas y laborales. Complete el siguiente formulario marcando las respuestas con las que se identifique.

Clave de identificación del participante: _ _ _ _

DATOS DE LA ENFERMERA/O:

1. Edad

2. Sexo

Masculino ☐ Femenino ☐

3. ¿Tiene hijos?

Sí ☐ No ☐

4. ¿Qué formación académica presenta?

Diplomatura ☐ Grado ☐

Máster ☐ En caso afirmativo indique en qué:

Especialidad ☐ En caso afirmativo indique cuál:

Doctorado ☐

5. ¿Podría indicar si ha realizado formación en Prevención Cardiovascular?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo fue:

Durante la carrera ☐ Después de graduarse ☐

6. Indique los años de experiencia laboral

De 1 a 5 años ☐ De 6 a 10 años ☐ >10 años ☐

7. Indique los años de antigüedad en su servicio actual

De 1 a 5 años ☐ De 6 a 10 años ☐ >10 años ☐

8. ¿Qué tipo de contrato presenta?

Contrato indefinido ☐ Contrato temporal ☐

